



## Orjinal Makale

# Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde bakım yükü ve başetme yöntemlerinin incelenmesi

Elif Ayyıldız,<sup>1</sup> Aysun Babacan Gümüş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Hemşirelik Bölümü, Çanakkale

<sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Çanakkale

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde bakım yükü, başetme yöntemleri ve bu değişkenlerin bakım verenlerin ve bipolar bozukluk tanılı bireylerin özellikleri ile ilişkisini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma Tıp Fakültesi Hastanesi ile Devlet Hastanesi'ne başvuran 124 bipolar bozukluk tanılı bireyin bakım verenleri ile yürütüldü. Bakım verenler ve bipolar bozukluğu olanların özelliklerine yönelik anket formu, Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) kullanılarak elde edilen veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Bekar, düşük gelirlili, hızlı döngülü, son iki yıl içinde atak geçirmiş, sosyal ve mesleki işlevselliği bozulmuş, madde kullanan ve başkalarına yönelik şiddet gösteren bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin HYDÖ puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Boyun eğici ve çaresiz yaklaşım düzeyleri işçi ve mesleği olmayan bakım verenlerde anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Sosyal destek arama yaklaşımı kadın, intihar girişiminde bulunmamış ve madde kullanmayan bireylere bakım verenlerde; boyun eğici yaklaşım hastanede yatan bireylere bakım verenlerde; çaresiz yaklaşım sosyal işlevselliği bozulmuş, başkalarına yönelik şiddet gösteren ve madde kullanan bireylere bakım verenlerde; kendine güvenli ve iyimser yaklaşım madde kullanmayan bireylere bakım verenlerde anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Bakım verenlerde bakım yükü kendine güvenli ve iyimser yaklaşım ile negatif yönlü, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler göstermektedir ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım veren bireylerin bakım yükü bakım verilen bireyin sosyodemografik ve klinik özelliklerinden, baş etme yöntemleri sosyodemografik özelliklerinden ve bakım verilen bireyin sosyodemografik ve klinik özelliklerinden etkilenmektedir. Bakım veren bireylerin bakım yükünün artması boyun eğici ve çaresiz yaklaşım ile, azalması ise kendine güvenli ve iyimser yaklaşım ile ilişkilidir.

**Anahtar Sözcükler:** Bakım veren; bakım yükü; baş etme; bipolar bozukluk.

Bipolar bozukluk belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresyon, mani ya da ikisini de kapsayan karma epizotlarla giden ve bunlar arasında sağlıklı duygudurum haline dönüşebilen kronik, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilen bir duygudurum bozukluğudur.<sup>[1,2]</sup> Tüm ruhsal bozukluklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta da tedavilerin toplum temelli olmaya başlaması, yataklı kurumlar dışında aile içinde geçirilen sürelerin uzamasına ve ailelerin hastaların bakımında daha aktif rol üstlenmelerine neden olmuştur. Kronik

bir ruhsal hastalık olan bipolar bozuklukla yaşamak bakım verenler için ruhsal, sosyal, ekonomik ve çevresel sorunlara yol açabilmektedir.<sup>[3]</sup>

Hasta biriyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aileye etkisini tanımlamak amacıyla bakım yükü kavramı kullanılmaktadır.<sup>[4]</sup> Bakım yükü; bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikososyal problemler, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik prob-



**Konu hakkında bilinenler nedir?**

- Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri yüksek düzeyde bakım yükü yaşamaktadır. Bakım verenler duygu odaklı baş etme yöntemleri kullandıkça daha yüksek, problem odaklı baş etme yöntemlerini kullandıkça daha düşük bakım yükü deneyimlemektedir.

**Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?**

- Çalışmamız sonuçlarına göre, bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde bakım yükü, bakım verene ve alana ait sosyodemografik ve bipolar bozukluk tanılı bireylerin klinik özelliklerinden etkilenmekte olup; kendine güvenli ve iyimser yaklaşım arttıkça bakım yükü azalmakta, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım arttıkça bakım yükü artmaktadır.

**Uygulamaya katkısı nedir?**

- Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükünün azalmasını kendine güvenli ve iyimser yaklaşım, artmasının ise boyun eğici ve çaresiz yaklaşım ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve baş etme yöntemlerini etkileyen özelliklerin bilinmesi hemşirelik bakımının güncel ihtiyaçlar doğrultusunda verilmesini sağlayacaktır.

lemeler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçları ifade etmektedir.<sup>[5-7]</sup> Ruhsal bozuklukların ailelerde yarattığı bakım yükü, daha çok şizofreni gibi ağır yeti yitimiyle seyreden hastalıklarda incelense de, bipolar bozukluk gibi diğer ruhsal bozukluklarda da ailelerde bakım yükünün olduğu ortaya konulmuştur.<sup>[7,8]</sup>

Bakım verenler ruhsal hastalığı olan bireyin bakım yüküyle baş etmek için farklı yöntemler kullanırlar.<sup>[9]</sup> Literatürde baş etme konusunda iki temel yöntemden bahsedilir.<sup>[9-11]</sup> Bunlardan etkili olan yöntem olarak kabul edilen çözüm odaklı baş etme yöntemleri zor durumları değiştirmeye yönelik yapıcı baş etme çabaları anlamına gelir ve problem çözme, bilgi arama ya da olumlu iletişim kurma önlemlerini kapsar. Bunun aksine, daha az etkili duygu odaklı yöntemler bakım verenin kaçınma ya da boyun eğme gibi stresle ilişkili duygusal yanıtları hafifletme girişimleridir.<sup>[11]</sup> Bipolar bozuklukta bakım verenlerin kullandığı baş etme yöntemlerini bipolar bozukluğu olanlar ve bakım verenlerin yaş, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri ile bipolar bozukluğu olanların toplam hastalık süresi, işlevselliklerindeki bozulmalar gibi özelliklerinin belirlediği görülür.<sup>[9,10]</sup>

Şizofreni gibi ciddi ve kronik bir hastalıkta bakım verenlerin baş etme yöntemleri ile ilgili pek çok çalışma bulunmasına rağmen, benzer koşullara sahip olan bipolar bozuklukla ilgili sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.<sup>[9-12]</sup> Şizofreni ile bipolar bozukluğun etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin diğer gruba göre problem merkezli baş etme yöntemlerini daha fazla kullandığı belirlenmiştir. Bu çalışmalarda bakım verenlerin cinsiyeti, kişilik yapısı ve hastanın işlev kaybının baş etme yöntemleri üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.<sup>[9,11]</sup> Literatürde bipolar bozukluğun yüksek düzeyde bakım yüküne ve bunun sonucunda yüksek düzeyde duygu odaklı baş etme yöntemlerinin kullanımına yol açtığını bildiren çalışmalara da rastlanmıştır. Chadda ve ark.nın<sup>[12]</sup> (2007) çalışmasında bakım verenlerin sosyal destek arama yöntemini kaçınma yöntemine kıyasla

daha fazla kullansalar da toplam bakım yükü puanının yüksek olmasının daha çok olumsuz baş etme yöntemlerinin kullanımına neden olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar bipolar bozukluğun, şizofreniye yakın ölçüde bakım yüküne yol açtığını göstermektedir.<sup>[9,11,12]</sup>

Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükünü etkileyen özellikler ortaya konulduğunda hemşireler, bakım verenlerin bakım yüküyle baş etme düzeylerini arttırmaya yönelik etkili yöntemler geliştirebilir ve bütüncül yaklaşımla verilmesi beklenen hemşirelik bakımında kullanılabilir güncel bilgiler elde edilebilir. Ayrıca bipolar bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerine yönelik müdahale programlarının içeriğinin oluşturulmasına katkı sağlanabilir. Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü, baş etme yöntemleri ve bu değişkenlerin çeşitli faktörlerle ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Bakım verenlerin yükünü bakım verenlerin ve bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin hangi özellikleri etkilemektedir?
- Bakım verenlerin baş etme yöntemlerini bakım verenlerin ve bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin hangi özellikleri etkilemektedir?
- Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin yükü ile baş etme yöntemleri arasında ilişki var mıdır?

**Gereç ve Yöntem****Örneklem**

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ile Çanakkale Devlet Hastanesi'nin Psikiyatri klinikleri ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Çalışmanın örneklemi Ağustos 2015–Mayıs 2016 arasında belirtilen birimlere başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım veren 124 kişi oluşturmuştur.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri için örneklem seçim kriterleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

- En az bir yıldır bakım verme (yakınlık derecesi fark etmez) birlikte yaşayan)
- En az 18 yaşında olma
- En az okuryazar olma
- Araştırmaya katılmayı kabul etme

Çalışmanın yapıldığı kurumlara bir yıl içinde toplam 1875 bipolar bozukluk tanılı bireyin başvurduğu tespit edilmiş olup bunun çalışmanın yapıldığı ilin merkezi nüfusuna (159.758) göre görülme sıklığı %1.2 olarak hesaplanmıştır. Buna göre alınacak örneklemin kitleyi temsil etmesi için örneklem hatası %5, bipolar bozukluk tanılı bireylerin oranı %1.2 ve %95 güç düzeyi için örneklem sayısının en az 62 kişi olması gerektiği belirlenmiştir.

## Veri Toplama Araçları

Veriler, bipolar bozukluk tanılı bireyler ve bakım verenlerinin özelliklerini belirlemeyi amaçlayan anket formu, Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ile toplanmıştır.

## Anket formu

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin özelliklerini belirlemeye yönelik 25 soru ile bakım verenlerin özelliklerini belirlemeyi amaçlayan 20 soru olmak üzere toplam 45 sorudan oluşmaktadır.

## Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

HYDÖ Reinhard ve ark.<sup>[13]</sup> tarafından geliştirilmiş olup toplam puan arttıkça bakım yükünün de arttığını göstermektedir. Aydemir ve ark.<sup>[8]</sup> tarafından 2011 yılında, şizofreni, bipolar bozukluk, major depresyon ve anksiyete tanılı bireylerden oluşan bir örnekleme Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, 19 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir ve dörtlü Likert tipi değerlendirme sağlamakta olup; "hiç" 1 puan, "çok az" 2 puan, "biraz" 3 puan, "çok" 4 puan ve "uygun değil" 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan ifadeler hastaya bakım verenlerin günlük yaşamlarının hastalık nedeniyle ne ölçüde değiştiğini ve hasta birey için ne ölçüde kaygı taşıdıklarını sorgulamaktadır. Aydemir ve ark.nın<sup>[8]</sup> (2011) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .894 olarak belirtilmiştir. Bu çalışma grubunu oluşturan örneklem için Cronbach alfa katsayısı .853 bulunmuştur.

## Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ölçeğin, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak<sup>[14]</sup> (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin probleme yönelik etkili yaklaşımlar ile duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar olarak isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Probleme yönelik ölçek, her maddesi "hiç uygun değil" 0 puan, "uygun değil" 1 puan, "uygun" 2 puan, "tamamen uygun" 3 puan olarak değerlendirilen, toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, her alt ölçeğe ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta ve o alt ölçeğe ait toplam puan elde edilmektedir. Alt ölçeklerdeki toplam puan artışı, o baş etme yönteminin daha çok kullanıldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Üç farklı çalışmadan elde edilen Cronbach's Alpha katsayıları boyun eğici yaklaşım için .470 ile .720 arasında, çaresiz yaklaşım için .640 ile .730 arasında, kendine güvenli yaklaşım için .620 ile .800 arasında, iyimser yaklaşım için .490 ile .690 arasında ve sosyal destek arama için .450 ile .470 arasında değiştiği bildirilmiştir.<sup>[14]</sup> Çalışmamızda Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği için Cronbach Alpha katsayıları kendine güvenli yaklaşım için .874, çaresiz yaklaşım için .823, boyun eğici yaklaşım için .523, sosyal destek arama yaklaşımı için .556, iyimser yaklaşım için .806 olarak bulunmuştur.

## Verilerin Toplanması

Veri toplama formları, bakım verenlere yüz yüze görüşme yön-

temi ile çalışmanın amacı açıklandıktan ve sözlü onamları alındıktan sonra, bakım verenlere buldukları klinik/toplum ruh sağlığı merkezi ortamında uygulanmıştır. Araştırmayı yapabilmek için Üniversite Tıp Fakültesi Etik Kurulundan KLİ.ARŞ.ETİK.KURUL.BŞK./050.99-148 sayılı yazılı izin, Kamu Hastaneler Birliğinden 33598204-774/7868 sayılı ve Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi'nden 27222899-099-2712 sayılı yazılı izin alınmıştır.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ve değişkenlik katsayıları ile varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız iki grubun nicel verilere göre birbiri ile karşılaştırılmasında parametrik yöntemlerden Independent-Samples t testi Bootstrap sonuçlarıyla birlikte kullanılırken nonparametrik yöntemlerden Mann-Whitney U testi Monte Carlo sonuçlarıyla birlikte kullanılmıştır. İki deneme grubun nicel verilere göre birbiriyle karşılaştırılmasında parametrik yöntemlerden One-Way Anova ve Post Hoc analizleri için Tukey HSD, Fisher's Least Significant Difference (LSD) ve Games-Howell testleri kullanılırken non parametrik yöntemlerden Kruskal-Wallis H testleri kullanılmış olup ve Post Hoc analizi için Dunn's Testi kullanılmıştır. Değişkenlerin birbiriyle olan korelasyonlarını incelemek için ise parametrik testlerden Pearson Correlation ve nonparametrik testlerden Spearman's rho testleri kullanılmıştır. Nicel değişkenler tablolarda ortalama±SD (standart sapma) ve medyan range (Minimum-Maximum), kategorik değişkenler ise n (%) olarak gösterilmiştir. Değişkenler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0.05'ten küçük olduğunda anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Bakım verenlerin %64.50'si kadın, %42'si anne-baba, yaş ortalaması 46.81±12.54 ve bakım verme süresi ortalama 12.23±10.52 yıl olarak bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan bireylerin ise %54'ü kadın, yaş ortalaması 37.44±13.49 ve toplam hastalık süresi 9.10±8.31 yıl olarak tespit edilmiştir (Tablo 1).

Bekâr (F=4.15, p=0.01) ve gelir düzeyi düşük (F=3.42, p=0.03) bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin bakım yükünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum açısından anlamlı farklılık evli ve bekar bipolar bozukluğu olanlara bakım verenler arasındadır (p=0.01). Düşük ve orta gelir düzeyindeki bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin yükleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.03). Düşük ve yüksek veya orta ve yüksek gelir düzeyindeki bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri arasında ise anlamlı fark elde edilmemiştir (p=0.31, p=0.94). Hızlı döngülü (t=4.35, p<0.001), son iki yıl içinde atak geçiren (t=2.30, p=0.04), sosyal ve mesleki işlevselliği bozulan (t=5.19, p<0.001), madde kullanan (t=2.91, p<0.001) ve başkalarına yönelik şiddet davranışları olan (t=3.49, p<0.001) bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin HYDÖ puanları anlamlı düzeydedaha yüksektir (Tablo 2).

**Tablo 1. Bakıcıların ve bipolar hastalarının nitelikleri**

| Bakıcılar                       | Sayı | %    | Ortalama±SS | Medyan (Maks-Min) |
|---------------------------------|------|------|-------------|-------------------|
| Cinsiyet                        |      |      |             |                   |
| Kadın                           | 80   | 64.5 |             |                   |
| Erkek                           | 44   | 34.5 |             |                   |
| Hasta ile ilişkisi              |      |      |             |                   |
| Anne                            | 33   | 26.7 |             |                   |
| Baba                            | 19   | 15.3 |             |                   |
| Çocuk                           | 6    | 4.8  |             |                   |
| Eş                              | 39   | 31.5 |             |                   |
| Kardeş                          | 15   | 12.1 |             |                   |
| Akraba                          | 7    | 5.6  |             |                   |
| Diğer                           | 5    | 4    |             |                   |
| Yaş                             |      |      | 46.81±12.54 | 47 (70-23)        |
| Hastaya bakma süresi            |      |      | 12.23±10.52 | 10.00 (50-1)      |
| Bipolar bozukluğu olan hastalar |      |      |             |                   |
| Cinsiyet                        |      |      |             |                   |
| Kadın                           | 67   | 54.0 |             |                   |
| Erkek                           | 57   | 46.0 |             |                   |
| Yaş                             |      |      | 37.44±13.49 | 36 (83-6)         |
| Hastalığın süresi               |      |      | 9.10±8.31   | 6.5 (40-1)        |

SS: Standart sapma; Maks: Maksimum; Min: Minimum.

**Tablo 2. Bipolar hastalarının özelliklerine göre bakıcıların Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (HYDÖ) skorları**

|                                   |                           | n  | HYDÖ (Ortalama±SS) | Test (F/t) | p      |
|-----------------------------------|---------------------------|----|--------------------|------------|--------|
| Medeni durum                      | Evli <sup>a</sup>         | 56 | 38.36±13.24        | F=4.15     | 0.01   |
|                                   | Bekar <sup>b</sup>        | 51 | 44.88±10.98        |            |        |
|                                   | Dul-Boşanmış <sup>c</sup> | 17 | 43.82±11.34        |            |        |
| Gelir düzeyi                      | Düşük <sup>d</sup>        | 49 | 45.31±12.97        | F=3.42     | 0.03   |
|                                   | Orta <sup>e</sup>         | 68 | 39.63±11.77        |            |        |
|                                   | Yüksek <sup>f</sup>       | 7  | 38.14±9.86         |            |        |
| Hızlı döngü                       | Evet                      | 47 | 47.60±10.56        | t=4.35     | <0.001 |
|                                   | Hayır                     | 77 | 38.25±12.18        |            |        |
| Son iki yıl içinde epizot geçirme | Evet                      | 95 | 43.08±11.64        | t=2.30     | 0.04   |
|                                   | Hayır                     | 28 | 37.04±14.02        |            |        |
| Bozulmuş sosyal işlevsellik       | Evet                      | 72 | 46.26±11.44        | t=5.19     | <0.001 |
|                                   | Hayır                     | 52 | 35.60±11.05        |            |        |
| Bozulmuş mesleki işlevsellik      | Evet                      | 53 | 45.79±12.10        | t=3.21     | <0.001 |
|                                   | Hayır                     | 71 | 38.80±11.87        |            |        |
| Madde kullanımı                   | Evet                      | 61 | 45.00±13.28        | t=2.91     | <0.001 |
|                                   | Hayır                     | 63 | 38.68±10.73        |            |        |
| Başkalarına yönelik şiddet        | Evet                      | 37 | 47.51±11.05        | t=3.49     | <0.001 |
|                                   | Hayır                     | 87 | 39.36±12.21        |            |        |

HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği Scale; F: OneWay ANOVA; SS: Standart Sapma; a, b, d, e: Independent-Samples t-test; c, f: Mann-Whitney U test Fisher's Least Significant Difference (LSD) - Tukey HSD - Games Howell; SS: Standart sapma.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin cinsiyeti açısından bakım verenlerinin sosyal destek arama yaklaşımları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ve kadınlara bakım verenler bu yöntemi

daha çok kullanmaktadır (t=2.97, p<0.001). İntihar öyküsü olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin de benzer şekilde anlamlı düzeyde daha çok sosyal destek arama yak-

Tablo 3. Bakıcıların başa çıkma yöntemlerinin bakıcıların ve bipolar hastaların bazı özelliklerinin karşılaştırılması

| Bakıcılar                                    | İtaatkar yaklaşım |                       | Çaresiz yaklaşım |                        | İyimser yaklaşım  |                      | Kendine güvenen yaklaşım |                      | Sosyal destek arayışı |            |
|--|-------------------|-----------------------|------------------|------------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|------------|
|  | Medyan (Min-Maks) | İstatistik            | Ort.±SS          | İstatistik             | Medyan (Min-Maks) | İstatistik           | Medyan (Min-Maks)        | İstatistik           | Ort.±SS               | İstatistik |
| Meslek                                       |                   |                       |                  |                        |                   |                      |                          |                      |                       |            |
| İşsiz <sup>a</sup>                           | 9 (3-14)          | X <sup>2</sup> =8.69  | 11.89±4.45       | F=2.75                 | 10 (5-15)         | X <sup>2</sup> =1.32 | 12 (4-21)                | X <sup>2</sup> =7.07 | 7.15±2.21             | F=1.39     |
| İşçi <sup>b</sup>                            | 9 (6-16)          | p=0.03                | 11.36±4.52       | p=0.04                 | 10 (3-12)         | p=0.52               | 13 (6-17)                | p=0.06               | 5.93±1.82             | p=0.24     |
| Memur <sup>c</sup>                           | 8 (0-18)          | <sup>a-d</sup> p=0.01 | 10.36±5.99       | <sup>a-d</sup> p<0.001 | 10 (0-15)         |                      | 13 (0-21)                |                      | 6.44±2.87             |            |
| Diğer (çiftçi özel sektör, vb.) <sup>d</sup> | 7 (0-10)          | <sup>b-d</sup> p=0.02 | 8.52±4.59        |                        | 10 (2-15)         |                      | 14 (2-20)                |                      | 7.22±2.65             |            |
| Bipolar bozukluğu olan hastalar              |                   |                       |                  |                        |                   |                      |                          |                      |                       |            |
| Cinsiyet                                     |                   |                       |                  |                        |                   |                      |                          |                      |                       |            |
| Kadın  | 8 (0-15)          | z=-1.66               | 10.46±4.41       | t=-0.44                | 10 (2-15)         | z=-0.58              | 12.93±3.54               | t=1.10               | 7.42±2.22             | t=-2.97    |
| Erkek  | 9 (0-18)          | p=0.09                | 10.88±5.82       | p=0.66                 | 10 (0-15)         | p=0.56               | 12.09±4.87               | p=0.27               | 6.12±2.63             | p<0.001    |
| Güncel takip durumu                          |                   |                       |                  |                        |                   |                      |                          |                      |                       |            |
| Yatılı hasta                                 | 9.19±2.78         | t=2.78                | 11.21±4.98       | t=0.88                 | 10 (0-15)         | z=-0.88              | 12.19±4.62               | t=-0.68              | 6.42±2.60             | t=-1.32    |
| Hastane dışında                              | 7.73±2.77         | p=0.01                | 10.36±5.15       | p=0.37                 | 10 (2-15)         | p=0.38               | 12.73±3.98               | p=0.49               | 7.04±2.42             | p=0.18     |
| İntihar girişimi                             |                   |                       |                  |                        |                   |                      |                          |                      |                       |            |
| Evet   | 9 (0-15)          | z=-0.15               | 11.37±5.24       | t=1.07                 | 10 (2-15)         | z=-0.80              | 12.29±4.32               | t=-0.46              | 6 (0-12)              | z=-2.45    |
| Hayır  | 8 (0-18)          | p=0.88                | 10.30±5.01       | p=0.27                 | 10 (0-15)         | p=0.43               | 12.66±4.17               | p=0.65               | 7 (0-12)              | p=0.01     |
| Bozulmuş sosyal işlevsellik                  |                   |                       |                  |                        |                   |                      |                          |                      |                       |            |
| Evet   | 8.39±3.00         | t=0.71                | 11 (2-24)        | z=-2.07                | 10 (0-15)         | z=-0.84              | 12.11±4.33               | t=-1.34              | 6.68±2.49             | t=-0.74    |
| Hayır  | 8.02±2.65         | p=0.49                | 9 (0-22)         | p=0.03                 | 10 (2-15)         | p=0.40               | 13.13±4.00               | p=0.18               | 7.02±2.49             | p=0.45     |
| Başkalarına yönelik şiddet                   |                   |                       |                  |                        |                   |                      |                          |                      |                       |            |
| Evet   | 8.89±3.56         | t=1.68                | 12.41±6.09       | t=2.25                 | 10 (0-15)         | z=-0.71              | 11.65±4.95               | t=-1.39              | 6.81±2.92             | t=-0.03    |
| Hayır  | 7.95±2.46         | p=0.13                | 9.91±4.43        | p=0.02                 | 10 (2-15)         | p=0.48               | 12.92±3.81               | p=0.16               | 6.83±2.30             | p=0.97     |
| Madde kullanımı                              |                   |                       |                  |                        |                   |                      |                          |                      |                       |            |
| Evet   | 9 (0-18)          | z=-1.25               | 11.98±5.00       | t=2.95                 | 10 (0-15)         | z=-3.46              | 13 (0-21)                | z=-2.85              | 6 (0-10)              | z=-2.38    |
| Hayır  | 8 (0-14)          | p=0.21                | 9.37±4.88        | p<0.001                | 10 (2-15)         | p<0.001              | 14 (2-21)                | p<0.001              | 7 (1-12)              | p=0.01     |

OneWay ANOVA Test -Post Hoc Test: Fisher's Least Significant Difference (LSD) - Tukey HSD - Games Howell; Kruskal Wallis Test - Post Hoc Test: Dunn's Test; Independent t-test (Bootstrap); Mann-Whitney U Test (Monte Carlo); SS: Standart Sapma; Med: Medyan; Max: Maksimum; Min: Minimum.



**Tablo 4. Bipolar hastalarının bakıcılarında bakım yükü ve başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkiler**

| SBÇTÖ                    | HYDÖ  |        |
|--------------------------|-------|--------|
|                          | r     | P      |
| İtaatkâr yaklaşım        | 0.17  | <0.001 |
| Çaresiz yaklaşım         | 0.36  | <0.001 |
| Kendine güvenen yaklaşım | -0.18 | <0.001 |
| İyimser yaklaşım         | -0.15 | 0.02   |
| Sosyal destek arayışı    | -0.06 | 0.30   |

HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği; SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Spearman's rho Test; r: Korelasyon Katsayısı.

laşımında olduğu bulunmuştur ( $z=2.45$ ,  $p=0.01$ ). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin sosyal işlevselliğinde bozulma ( $z=-2.07$ ,  $p=0.03$ ), madde kullanımı ( $t=2.95$ ,  $p<0.001$ ) ve başkalarına yönelik şiddet davranışları gösterme ( $t=2.25$ ,  $p=0.02$ ) durumlarında bakım verenlerin çaresiz yaklaşımı anlamlı olarak daha çok kullandığı saptanmıştır. Madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin iyimser, kendine güvenli ve sosyal destek arama yaklaşımlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.01$ ) (Tablo 3).

Bakım verenlerin mesleğine göre boyun eğici ( $X^2=8.69$ ,  $p=0.03$ ) ve çaresiz ( $F=2.75$ ,  $p=0.04$ ) yaklaşım puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Çiftçi ve özel sektörde çalışan bakım verenlerin işsiz ve işçi bakım verenlerden daha az boyun eğici yaklaşım içine girdiği bulunmuştur ( $p=0.01$  ve  $p=0.02$ ). Benzer şekilde çiftçi ve özel sektörde çalışan bakım verenlerin, işi olmayan bakım verenlerden daha az çaresiz yaklaşım kullandığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p=0.00$ ) (Tablo 3).

Bakım verenlerin HYDÖ puanı ile kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puanları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde ilişki olduğu ( $r=-0.18$ ,  $p=0.00$ ;  $r=-0.15$ ,  $p=0.02$ ), çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları arasında ise pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=0.36$ ,  $p<0.001$ ;  $r=0.17$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4).

## Tartışma

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin yükü ve baş etme yöntemleri sosyal özelliklerinden ve bakım verdikleri bireyin sosyal ve klinik özelliklerinden etkilenmektedir.<sup>[9-12]</sup> Bakım verenin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ile hastanın cinsiyeti, medeni durumu, hastalık dönemleri, hastanın tedaviye verdiği cevap bakım yükünü ve baş etme yöntemlerini etkilemektedir. Bakım yükü arttıkça olumlu baş etme yöntemlerinin kullanımı azalmaktadır.<sup>[15-19]</sup> Bu noktada bakım verenler depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından risk altında kalmaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerin özelliklerinden bakım yükünün etkilenmediği belirlenmiştir. Yapılan ilk çalışmalarda da bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin yükünün

kendi özelliklerinden etkilenmediği bildirilse de,<sup>[9]</sup> Perlick ve ark. (2007) yaşı küçük olan ve hastanın eşi olan bakım verenlerde bakım yükünün daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylerin medeni durumundan bakım verenlerin yükünün etkilendiği, bekârlara bakım verenlerin yükünün evlilere bakım verenlerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Perlick ve ark.nın<sup>[15]</sup> (2007) yaptığı çalışmada ise, evli olan bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde daha yüksek bakım yükü saptanmıştır. Farklı bir sonuç elde edilmesinin, örneklem gruplarındaki yakınlık derecelerinin farklı oranlarda dağılım göstermesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylerin gelir düzeyinden bakım verenlerin yükünün etkilendiği, gelir düzeyi düşük olan bireylere bakım verenlerin yükünün gelir düzeyi orta olan bireylere bakım verenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verilen bireyin çalışamaz duruma gelmesinin yol açtığı gelir kaybı ve tedavi masraflarının karşılanmasında yaşanan güçlükler bakım verenlerde hastalığın olumsuz etkilerinin daha fazla hissedilmesine neden olabilmektedir.<sup>[4]</sup>

Bu çalışmada hızlı döngülü bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Reinares ve ark.nın<sup>[16]</sup> (2004) yaptığı çalışmada da benzer şekilde bipolar bozukluk tanılı bireyde hızlı döngülülüğün bakım verenin yükünü arttırdığı ortaya konulmuştur. Hızlı döngülü bipolar bozukluk, saf manik dönemlerle süregidene oranla daha yüksek oranda genel psikopatoloji, katatonik belirti, eş tanı, intihar riski ve kötü seyirle ilişkilidir. Bu nedenle bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenler, hastalığın dönem ve seyir özellikleri gereği hastalık boyunca diğer hastalıklarda görülenlerden daha yüksek düzeyde bakım yükü yaşayabilirler.<sup>[17]</sup>

Bu çalışmada sosyal ve mesleki işlevselliği bozulmuş olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin yükü anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk tanılı bireylerin işlevselliğinde bozulmanın bakım verenlerde yükü etkilediği belirtilmiştir.<sup>[17-19]</sup> Reinares ve ark.<sup>[16]</sup> (2004) çalışmamıza benzer şekilde, sosyal işlevsellikte bozulmanın bakım yüküne yol açtığını bildirmiştir. Pompili ve ark.<sup>[20]</sup> nın çalışmasında (2014) da yük oluşturan en önemli özelliğın bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin sosyal ve diğer işlevselliklerindeki bozulmalar olduğu bildirilmiştir. Bakım verilen bireyin işlevselliğindeki bozulmaları ailede bakım veren bireyler telafi etmek zorunda kalabileceğinden bu durum bakım verenin bakım yükünün artmasına neden olabilir.

Çalışmamızda son iki yıl içinde atak geçiren bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin yükü daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde bipolar bozukluk tanılı bireyler ve bakım verenleri ile yapılan çalışmalarda son iki yıl içinde geçirilmiş bir atak varlığının yükü arttırdığı bildirilmiştir.<sup>[21,22]</sup> Dore ve Romans'ın (2001) yaptığı bir çalışmada, ataklar bakım verenler tarafından ciddi bakım yükü yaratan bir durum olarak belirtilmiştir. Bipolar bozukluk tanılı bireyler, atak durumlarında dışa kapalı olabilirler ve bu dönemde bu hastalarla iletişime geçmek zor olabilir. Bu dönemde agresif davranışlar kendini

gösterebilir. Bakım verenler de bipolar bozukluk tanılı birey ile iletişim kuramadıkları için yük artabilir.<sup>[23]</sup>

Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda başkalarına yönelik şiddet davranışları olan bireylere bakım verenlerin yükü daha yüksektir. Şiddet davranışları bakım verenler üzerinde ciddi bir bakım yükü oluşturmaktadır.<sup>[12,22,23]</sup> Araştırma sonuçları bipolar bozukluk tanılı bireyin agresif davranışlarının bakım verende bakım yükünü arttıran önemli bir özellik olduğunu göstermektedir.<sup>[9,15,21]</sup> Bakım veren bireyler bipolar bozukluk tanılı bireyin şiddet davranışı olduğunda boyun eğici bir yaklaşımı uygun görebilir ya da çözümü adli birimler ve sonrasında da acil servislere başvurma yoluyla arayabilirler.

Bu çalışmada mesleği olmayan ve işçi bakım verenlerin diğer meslek sahibi bakım verenlerden daha fazla boyun eğici yaklaşım içinde olduğu, işsiz bakım verenlerin diğer meslek gruplarına sahip bakım verenlerden daha fazla çaresiz yaklaşım içinde olduğu saptanmıştır. Molu'nun<sup>[24]</sup> (2008) çalışmasında ise bakım verenlerin mesleklerine göre boyun eğici ve çaresiz yaklaşımları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçta; bakım verenlerin durumu kişiselleştirmeden ele almalarının etkili olduğu belirtilmektedir. Meslek sahibi olmamak bakım verenin düşük benlik saygısı oluşturmaya neden olabilir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin mani dönemlerinde özgüvenlerinde bir artış gözlenir. Bakım verenlerin meslek sahibi olmamaları onların bu özgüven artışından olumsuz etkilenmelerine sebep olabilir. Çalışmamızda kadın olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin daha fazla sosyal destek arayışı içinde olduğu saptanmıştır. Ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal cinsiyet, kadınlara bakım verenlerin sosyal destek aramayı daha fazla kullanabilmesinin nedeni olabilir. Alanyazında ruhsal hastalığı olan bireylerden kadın olanlara daha olumlu bir tutum sergilendiği belirtilmektedir.<sup>[25]</sup> Ülkemiz dışında yapılan bipolar bozuklukla ilgili çalışmalarda ise cinsiyetin sosyal destek arayışında anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.<sup>[9,11,12]</sup>

Bizim çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin sosyal destek arama puanlarının intihar girişimi olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylerin puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bakım verilen bireyin intihar girişimi olması durumunda bakım verenin sosyal destek arayışı içine girmesi doğal ve olumlu bir baş etme yöntemidir.<sup>[26]</sup> Bir psikiyatrik kriz durumu olan intihar girişimi aranan sosyal destek bulunamadığında bakım veren bireyde de kalıcı ruhsal bozukluklara yol açabilecek niteliktedir. Bu anlamda örneklem grubundaki bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin baş etme düzeylerinin iyi durumda olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenler daha düşük düzeyde sosyal destek arama yaklaşımı içindedir. Bu sonuç bipolar bozukluk tanılı bireylerin madde kullanımının olduğu durumlarda bakım verenlerin toplum içinde damgalanma endişesiyle sosyal etkileşimlerden kaçınma eğilimi ile ilişkili olabilir. Damgalamaya neden olabilen diğer özellikler olarak da bipolar bozukluk tanılı bireylerin hızlı döngülülük, son iki yıl içinde atak geçirme, şu anki takip

durumu, sosyal işlevsellikte bozulma, mesleki işlevsellikte bozulma, kontrollere düzenli gitme, düzenli ilaç kullanımı ve başkalarına yönelik şiddet gösterme özelliklerine göre bakım verenlerin sosyal destek arama yaklaşımlarında bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde bir başka çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylerde sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmanın bakım verenlerin sosyal destek arama davranışını etkilemediği belirtilmiştir.<sup>[11]</sup>

Bu çalışmada bakım verenlerin iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı ve boyun eğici yaklaşım puanları ile bipolar bozukluk tanılı bireylerin başkalarına yönelik şiddet gösterme özellikleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bunun aksine çaresiz yaklaşım puanları, başkalarına yönelik şiddet davranışları gösteren bireylerin bakım verenlerinde daha yüksek bulunmuştur. Arguvanlı ve Taşçı'nın<sup>[27]</sup> (2015) çalışmasında ise bakım verenlerin, bipolar bozukluk tanılı birey ile iletişim ve kontrolsüz davranış sorunu yaşandığında problem merkezli davranış sergilediği belirlenmiştir. Literatürde kontrol dışı sorunların bireylerde çaresiz yaklaşımı ortaya çıkarabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur.<sup>[14]</sup> Bipolar bozukluk tanılı bireyler manik dönemde aşırı neşesini veya hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızabilir ve saldırgan olabilir.<sup>[28]</sup>

Çalışmamızda bakım yükü ile baş etme yöntemleri arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu, bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde kendine güvenli ve iyimser yaklaşım arttıkça bakım yükünün birlikte azaldığı, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım arttıkça bakım yükünün birlikte arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte bakım verenlerin bakım yükünün sosyal destek arama yaklaşımından etkilenmediği saptanmıştır. Voort ve ark.<sup>[10]</sup> (2007) bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenleri inceleyen çalışmalardan elde ettikleri sistematik derlemede, baş etme yöntemlerinin bakım yükünden etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Bakım yükü arttıkça duygu odaklı, bakım yükü azaldıkça problem odaklı baş etme yöntemlerinin kullanımının arttığı saptanmıştır. Perlick ve ark.nın<sup>[29]</sup> (2008) bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde yük ve sağlık durumlarını inceledikleri çalışmada ise bakım yükü arttıkça uzak durma/ kaçınma yaklaşımının arttığı, sosyal destek arama davranışının ise azaldığı bildirilmiştir. Bizim sonuçlarımız literatür ile benzer şekilde bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin yükü ile baş etme yöntemleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

### Sınırlılıklar

Araştırmadaki sınırlılık, araştırmada kullanılan ölçeklerin öz bil-dirime dayalı olmasıdır.

### Sonuç

Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükünün ve baş etme yöntemlerinin bakım verenlerin kendi özelliklerinden ziyade bakım verdikleri bireylerin özelliklerinden etkilendiği belirlenmiştir. Hastanede takip edilen, intihar

girişimi bulunan, sosyal işlevselliği bozulmuş, madde kullanan ve şiddet davranışları gösteren bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha çok kullandıkları görülmüştür. Bakım verenlerin özellikleri bakımından işsiz veya işçi bakım verenlerin hastalıkla baş etme sürecinde yine boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Bakım verenlerin bakım yükünün azaltılması ve baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi için bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastane yatışlarını azaltmaya, madde kullanımını ve şiddet davranışlarını azaltmaya/önlemeye, sosyal ve mesleki işlevselliği arttırmaya ve intiharı önlemeye yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu özelliklere sahip bakım verenlere gereksinim ve beklentileri doğrultusunda kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı kazandıran psikoeğitim çalışmaları yapılmalıdır. Düzenli ayaktan izlem ve evde ruh sağlığı bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ile hasta bireylerin hastaneye yatış gereksinimleri en aza indirgenmelidir. Çalışma sınırlı sayıdaki bakım verenlerle yapıldığı için daha geniş örneklemlerle çalışmalar yapılmalıdır. Bakım verenlerin bakım yükünü, baş etme yöntemlerini ve bu değişkenleri etkileyen faktörleri daha iyi ortaya çıkarabilmek için kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

**Çıkar çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazarlık katkıları:** Konsept – A.B.G.; Dizayn – A.B.G.; Denetim – A.B.G.; Finansman - E.A.; Materyal – E.A.; Veri toplama veya işleme – E.A.; Analiz ve yorumlama – E.A., A.B.G.; Literatür arama – E.A., A.B.G.; Yazan – E.A.; Kritik revizyon – E.A., A.B.G.

## Kaynaklar

- Sajatovic M, Davies M, Bauer MS, McBride L, Hays RW, Safavi R, et al. Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2005;46:272–7.
- Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Long-term treatment in bipolar disorder. *Current Approaches in Psychiatry* 2010;2:206–36.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. Caregiver burden in chronic diseases. *Current Approaches in Psychiatry* 2011;3:513–52.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, et al. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry* 2010;21:203–12.
- Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M; Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:291–8.
- Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry* 2004;19:395–401.
- Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Evaluation of burden in a group of patients with chronic psychiatric disorders and their caregivers. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2012;25:330–37.
- Aydemir Ö, Sücüllüoğlu Dikici D, Akdeniz F, Kalaycı F. Reliability and validity of the Turkish Version of the Burden Assessment Scale. *Archives of Neuropsychiatry* 2012;49:276–80.
- Chakrabarti S, Gill S. Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord* 2002;4:50–60.
- van der Voort TY, Goossens PJ, van der Bijl JJ. Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:679–87.
- Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia—a re-examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:329–36.
- Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:923–30.
- Reinhard S, Gubman GD, Horwitz AV, Minsky S. Burden Assessment Scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1994;17:261–9.
- Şahin NH, Durak A. A Brief Coping Styles Inventory for university students. *Turkish Journal of Psychology* 1995;10:56–73.
- Perlick DA1, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, et al; STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord* 2007;9:262–73.
- Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2004;73:312–9.
- Erten E, Alpman N, Özdemir A, Fıstıkcı N. The impact of disease course and type of episodes in bipolar disorder on caregiver burden. *Turk Psikiyatri Derg* 2014;25:114–23.
- Şahin E, İlnem C, Yıldırım EA, Güvenç C, et al. A comparative study on family loading in bipolar disorder cases. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2002;15:196–204.
- Dos Santos GD, Forlenza OV, Ladeira RB, Aprahamian I, Almeida JG, Lafer B, et al. Caregiver burden in older adults with bipolar disorder: relationship to functionality and neuropsychiatric symptoms. *Psychogeriatrics* 2017;17:317–23.
- Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, Dominici G, Innamorati M, et al. Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World J Psychiatry* 2014;4:1–12.
- Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E, et al. Burden experienced by caregivers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1999;175:56–62.
- Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *J Affect Disord* 2006;94:157–



- 63.
23. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord* 2001;67:147–58.
24. Günay Molu N. S.Ü. Tıp Fakültesi psikiyatri servisinde duygulanım bozukluğu tanısı ile yatan hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi] Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
25. Bilge A, Çam O. The Fight against Stigma toward Mental Illness. *TAF Prev Med Bull* 2010;9:71–8.
26. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing; 1984.
27. Arguvanlı S, Taşçı S. The problems of caregivers in bipolar disorder. *Erciyes University Journal of Health Sciences Faculty* 2013;1:21–30.
28. Öztürk O, Uluşahin A. *Mental Health and Disorders*. Ankara: Physicians Publishing Association; 2014.
29. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Link B, Ketter T, et al; STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. Caregiver burden and health in bipolar disorder: A cluster analytic approach. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:484–91.